

O gruźlicy tęczówki.

Napisał

Dr. E. Machek (we Lwowie).

467281 II



Spostrzeżenie, że w tęczówce może się pojawić gruźlica podobnie jak w naczyniówce, i to w okresie wczesnym, kiedy zmian gruźliczych niemożna jeszcze wykazać w innych narządach ustroju, należy do nowszych zdobyczy naukowych. Pierwsze wzmianki o gruźlicy oka w ogóle napotykamy w czasach po Laennecu, były one jednak zawsze bezpodstawne. W przypadkach ropnego zapalenia naczyniówki, z nagromadzeniem zgrubiałéj gęstéj ropy w oku, przypominającéj serowate ogniska gruźlicze w płucach i gruczołach chłonnych, rozpoznawano *chorioiditis tuberculosa.* Rzeczywistą gruźlicę odkrył w oku pierwszy Jaeger z Manzem za pomocą wziernika w naczyniówce (1855). Przez następnych blisko lat dwadzieścia o gruźlicy innych części oka nigdzie wzmianki nie napotykamy. Najnowsze badania dopiero wykazują gruźlicę w innych tkaninach oka, a mianowicie w spojówce, rogówce, siatkówce, nerwie wzrokowym i w tęczówce. W roku przeszłym spostrzegano w klinice Fuchsa także przypadek gruźlicy twardówki (Dr. Müller *Wiener Med. Blätter* 1890). Można tedy twierdzić, że nie ma unaczynionéj tkaniny w oku człowieka, w któréjby dotąd gruźlicy nie wykazano.


Biblioteka Jagiellońska

Medyc. ...l 3890

W drugiem wydaniu dzieła o chorobach ocznych pisze W e c k e r, że gruźlica chyba dopiero wtedy się w tęczówce pojawia, kiedy już prawie wszystkie inne narządy ustroju zajęła. W roku 1870 ogłasza G r a d e n i g o pierwszy przypadek (*Archiv. f. path. Anatom.* t. LXVI), a w trzy lata późniéj P e r l s z J a c o b s o n e m (*Archiv. f. Ophth.* t. XIX) drugi, które wykazują, że pierwotna gruźlica tęczówki istnieje. Odtąd napotykamy w pismach peryjodycznych już częstsze opisy téj choroby, które skutkiem rzadkiego pojawiania się tejże dotyczą zawsze pojedynczych przypadków. Jak rzadko zaś występuje gruźlica tęczówki, wynika z dat następujących. H i r s c h b e r g na zjeździe londyńskim (1881) podał, że na 17 tysięcy choryoh spostrzegał raz pierwotną gruźlicę, przypadek który opisał Rüter (*Archiv. f. Augenheilk.* Knapp X, 1881), Arlt zaś w towarzystwie lekarskiem w Wiedniu oświadczył w dyskusyi, że w ciągu długoletniego doświadczenia spostrzegał tylko trzy przypadki. Z toku rzeczy wyniknie, że tak się ma istotnie rzecz, jeżeli uwzględniamy tylko przypadki rozsianéj gruźlicy tęczówki; w tych rzadkich przypadkach obraz chorobowy jest bardzo charakterystyczny a rozpoznanie, łatwe. Inaczéj się rzecz ma, jeżeli tylko jeden większy gruźliczy nowotwór się pojawi na tęczówce. Jeżeli nadto przebicie rogówki nastąpi, tedy rozpoznanie jest trudne. Przypominam, ile czasu wymagało rozpoznanie przypadku, który opisał H o e n e (T a l k o, księga jubileuszowa, p. 317). Otóż licząc wszystkie rodzaje zmian gruźliczych w tęczówce, a mianowicie także większe nowotwory (*conglobirte Tuberkel*), dojdziemy do wniosku, że pojawienie się gruźlicy tęczówki jest częstsze. Nie ulega wątpliwości, że nie rozpoznano niejednego przypadka gruźlicy, w którym przyszło do przebicia rogówki. Na dowód przytaczam, że w r. 1873 opisał H i r s c h b e r g (*Virchows Arch.* s. 60) przypadek rzadkiéj choroby tęczówkowéj, którą za dawniejszemi idąc autorami nazwał *granuloma simplex iridis*. Twierdził, co już z nazwy, którą nadał nowotworowi, wynika, że guz jest dobrotliwéj przyrody, chociaż stwierdza, że chory wkrótce zmarł śród objawów zapalenia

opon mózgowych. W dziesięć lat później (*Centralbl. f. p. A*. 1884, p. 135) zmienił sam autor zdanie i ogłosił, że w tym przypadku sprawa była niewątpliwie gruźlicza. Wątpliwości takie zachodzić musiały, dopóki sama tylko budowa miała orzekać o tem, czy nowotwór jest gruźliczy, czy nie. Obecnie ma się rzecz inaczéj. Odkrycie prątków gruźliczych i możność przeszczepiania choréj tkaniny w oko królicze mogą dostarczyć dowodu, że istotnie mamy przed sobą sprawę gruźliczą. Wreszcie przypomnieć wypada, że w wątpliwych przypadkach może płyn Kocha oddać pod względem rozpoznania pewne usługi.

Pomimo rzadkiego pojawiania się téj choroby, wczesne jéj rozpoznanie i znajomość jéj przebiegu są bardzo ważne. Jeżeli lekarz nie rozpozna gruźlicy, rozpozna inną chorobę tęczówki, co za sobą pociąga inne leczenie i inne rokowanie. Rozpoznając zaś w tęczówce miejscową sprawę gruźliczą, rozpoznaje niebezpieczeństwo, które grozi oku i całemu ustrojowi. Ponieważ według dotychczasowych doświadczeń, wyleczenie gruźlicą dotkniętéj tkaniny w oku jest bardzo wątpliwe, staraniem lekarza będzie usunąć chorą tkaninę jak najwcześniéj, co daje nowe wskazania do iridektomii, a gdzie iridektomii wykonać nie można, wskazane być może wyłuszczenie gałki ocznéj. Niestety dość często spotka się lekarz ze smutną koniecznością przypatrywania się rozwojowi sprawy bez możności zapobieżenia złemu drogą operacyjną, a to w tych przypadkach, w których już sprawa gruźlicza zajęła wewnętrzne a ważne dla życia narządy ustroju. Jeżeli się w przyszłości sprawdzi, że płyn Kocha może wyleczyć zupełnie ustrój gruźlicą dotknięty, wtenczas wczesne rozpoznanie gruźlicy w oku, jak w ogóle w ustroju, chyba tem większe mieć będzie znaczenie.

Odkąd we Lwowie się zajmuję praktyką okulistyczną, spostrzegałem dwa przypadki gruźlicy tęczówki. Poniżéj podaję jako przyczynek do kazuistyki, dotąd dość nielicznéj, historyje chorób, w których starałem się anatomiczne zmiany opisać z szczególną dokładnością. Oba przypadki są typami dwóch różnych rodzajów gruźlicy tęczówki. —

Uwzględniając wreszcie wszystkie w przystępnéj mi literaturze ogłoszone przypadki, opiszę formy, w jakich występuje gruźlica tęczówki pod względem anatomicznym, określę kliniczny jéj przebieg, podam daty statystyczne, dotyczące pojawiania się choroby, a wreszcie streszczę zabiegi lecznicze i ocenię ich skuteczność. Zdaje mi się, że takie opracowanie nagromadzonego w pismach peryjodycznych materyjału nie będzie bez korzyści, tem mniéj, że dotąd nikt pracy téj się nie podjął, a wiem z doświadczenia, jak w wątpliwych przypadkach czuć się daje, że w podręcznikach okulistycznych rzecz o gruźlicy tęczówki należytego nie znalazła opracowania.

Pierwszy z moich przypadków dotyczył dziewczynki A. N., lat 3½. Zgłasza się 1 kwietnia 1888. Odpowiednio do wieku zbudowana, odżywienie mierne, jeden gruczoł podszczękowy obrzmiały, zęby prawidłowe. Dziecko z kurczowo, lecz nie całkowicie przymrużonem lewem okiem patrzy do światła. Skóra powiek blada nieobrzmiała, szpara powiekowa wązka. Rzęsy prawidłowe niepoklejone, w kąciku wewnętrznym śluzu nie ma, oko suche, nie łzawi. Pomimo miernego światłowstrętu pozwala dokładnie obejrzeć oko. Spojówka gałki ocznéj lekko siatkowato nastrzykana, nastrzykanie rzęskowe mierne, dwie żyły przytwardówkowe zgrubiałe pokręcone. Odblask powierzchni rogówkowéj niewyraźny, powierzchnia szczególnie od dołu i zewnątrz jakby pokłóta i w tych częściach dość mocno zaciemniona. Tęczówka ciemniejsza niż na oku prawem, utkanie jéj mniéj wyraźne. Źrenica po atropinie rozszerzona od góry i od wewnątrz. Zewnętrzna część tęczówki brzegiem źrenicznym do przodkowéj torebki przyczepiona. Przy oświetleniu ogniskowem widać przez zaciemnioną zewnętrzną część rogówki, że tęczówka jest obrzmiała, że w tem miejscu przodkowa komórka jest nieco płytsza, a obrzmiała część tęczówki ma nieco jaśniejszą barwę. Oko przy dotknięciu nie jest bolesne, napięcie stanowczo, chociaż nie o wiele, podwyższone. Wywiady wykazują, że dziewczynka dotąd była zdrowa, chociaż wyglądanie wiele pozostawiało do życzenia. Przed 6 tygodniami oko się zaczerwieniło. Pomimo leczenia atropiną i ciemnicy, stan oka ciągle się pogarszał. Zresztą dziecko było zdrowe i cierpliwe, na bóle się nie uskarżając. Rodzeństwa było troje, chora jest najmłodsza. Najstarsze dzie-

cko zmarło w trzecim roku życia z choroby mózgowéj. Rodzice żyją i są zdrowi.

Ogólny stan zdrowia dziecka badał dnia następnego także Dr. Kniaziołucki. Oprócz miernego obrzmienia niektórych gruczołów limfatycznych i złego odżywienia ciała nie można było innych zboczeń wykazać. Uwzględniając, że w oku można wykazać zapalenie tęczówki z tylnemi przyczepinami i obrzmieniem bez zmętnienia cieczy wodnéj, a ojciec przebył kiłę, podejrzywałem *iritis gummosa* na tle kiły dziedzicznéj. Zalecono obok zwykłych środków miejscowych wcierania *ung. cinerei* po 2 gramy dziennie. Po siedmiu wcieraniach oko się lepiéj otwiera, zadraźnienia niema. Otoczenie wielce uradowane w oczy bijącą poprawą stanu oka. Nastrzykanie rzęskowe mierne, zresztą stan oka jednaki. Po kilku dalszych wcieraniach, które się robiło z przerwami, oko się otwiera jak zdrowe, twardówka zbielała, nastrzykania rzęskowego tylko ślad pozostał. Rogówka znacznie się wyjaśniła. Ciecz wodna czysta, tęczówka przyrośnięta do przodkowéj torebki od zewnątrz, w źrenicy złogi barwika. Na zewnętrznéj i dolnéj części obrzmiałéj tęczówki widać większą ilość wyniosłości (gruzełków) półkolistych, wielkości ziarna maku i większych, częścią się stykających, z sobą połączonych, częścią osobno położonych; są one o wiele jaśniejsze niż utkanie tęczówki, jedne biało-sine inne żółtawe, niektóre przy brzegu jak galareta przeświecające. Gruzełki niedotykały tylnéj ściany rogówkowéj. Można było ośm naliczyć, z których cztery były wmiejscowione przy brzegu źrenicznym, trzy przy brzegu rzęskowym tęczówki, a jeden największy wystawał z środkowéj części. Napięcie oka prawidłowe. Rogówka obecnie na tyle się wyjaśniła, że można wziernikiem widzieć niewyraźnie przesuwającą się tarczę nerwu wzrokowego. Nie ulegało najmniejszéj wątpliwości, że świeżo powstałe wyniosłości są przyrody gruźliczéj i że w braku wszelkich innych zmian gruźliczych w ustroju miałem przed sobą pierwotną gruźlicę tęczówki. Pod wpływem szaruchy i skutkiem obniżenia napięcia oka wyjaśniła się rogówka do tego stopnia, że oko w ogóle robiło wrażenie zdrowszego, lepiéj się otwierało, a nastrzykanie rzęskowe także się zmniejszyło. A pomimo tych cech wrzekoméj poprawy, z obrzmiałéj, a jak teraz już przypuszczałem, z gruźliczo naciekłéj tęczówki urosły gruzełki. Zalecono dyjetę wzmacniającą i podano w małych dawkach chininę. Iridektomija w tym przypadku nie wystarczałaby, aby usunąć zajętą część tęczówki. Pomijając bowiem, że trzebaby wy-

ciąć połowę tęczówki, niepodobnaby wyciąć doszczętnie naciekłego i obrzmiałego brzegu rzęskowego tęczówki, z którego gruzełki wyrastały. Na wyłuszczenie oka rodzina zgodzić się nie chciała. Dwudziestego ósmego dnia po objęciu leczenia stan oka był następujący: Nastrzykanie rzęskowe mierne, powierzchnia rogówki jakby lekko pokłóta, rogówka tylko przy brzegu dolnym i zewnętrznym zaciemniona. Grużełki sa szare, biało-żółtawe, inne znowu biało sine wielkości małych jagieł. Blisko zewnętrznego brzegu źrenicznego tęczowki widać sino biały okrągły gruzełek, który wystaje do przodkowéj komórki całą swoją objętością tak, że się zdaje, jakoby tylko podstawą swoją przylepiony był do tęczówki. Trochę wyżéj są dwa podobne, ale znacznie mniejsze, co do barwy ciemniejsze niż wyżéi opisane. W kilka dni późniéj skarży się dziecko na bóle głowy i wskazuje na czoło ponad okiem. Napięcie oka podwyższone (T + 1), rogówka tak zaciemniona, że tylko przy oświetleniu ogniskowem można gruzełki rozpoznać. Matka podaje, że dziecko wieczorami gorączkuje. Piątego maja podczas nieobecności mojéj we Lwowie, zawezwano do dziecka Dra Kniaziołuckiego. Tenże podaje: „prócz gorączki, która się ma ku wieczorowi powiększać i prócz znacznie powiększonéj śledziony, nie znalazłem żadnych objawów. Dziecko jednak jest mocno rozdrażnione, złe, chudnie od kilku dni i skarży się na ból głowy. Jedna siostrzyczka choréj umarła z gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Być może, że i tu się rozwija ta sama sprawa chorobowa“. I rzeczywiście w następnych już dniach rozwija się choroba z wielką gwałtownością i typowym przebiegiem. Dziecko pozostawało pod opieką Drów Kniaziołuckiego i Wachtla. Śmierć nastąpiła 24 maja. Ostatni raz badałem oczy pięć dni przed śmiercią. Oczy były przymknięte, dziecko nieprzytomne. Przy badaniu krzyczy. Nastrzykanie rzęskowe dość mierne, żyły przytwardówkowe grubsze i pokręcone. Rogówka od dołu i zewnątrz zaciemniona, nieprzeźroczysta. Tylko przez górną część rogówki widać, że ciecz wodna jest czysta, źrenica rozszerzona od wewnątrz i od góry, barwa tęczówki ciemniejsza niż na oku drugiem, zdrowem. Na tęczówce na wewnątrz od źrenicy, a więc na dotąd zdrowéj części, jeden gruzełek brudno-żółty, płytki, od góry trzy obok siebie poustawiane, wystające tylko trochę nad powierzchnię tęczówki. Jaki jest stan zewnętrznéj i dolnéj części tęczówki, tego z powodu zaciemnienia rogówki i bardzo utrudnionego badania rozpoznać nie można. Oko trochę twardsze niż prawe. Dr. Wachtel, który

aż do śmierci dziecka codziennie je widział, udzielił mi swoich spostrzeżeń, z których wynika, że chora zmarła z *meningitis tuberculosa* z typowym przebiegiem.

W opisanym przypadku wystąpił naprzód naciek gruźliczy, skutkiem tego obrzmienie tęczówki, zmiana barwy, zamazanie utkania i tylne przyczepiny. W tym okresie nie można choroby rozpoznać. Wywiady wykazały, że sprawa może na tle kiły się rozwinęła. Wskazane tedy było leczenie szaruchą. Hirschberg (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1889 Nr. 24) przedstawił przypadek gruźlicy tęczówkowéj w towarzystwie lek. berlińskiem, w którym mógł wykluczyć kilaki, rozpoznał nowotwór powstały skutkiem dostania się do oka ustrojów drobnowidowych (*baccilläre Geschwulstform)*, a stosował wcierania *„sofort in Anbetracht der Schwere des Falles“*, gdyż rozpoznanie się opierało przecież tylko na wykluczeniu. W naszym przypadku rtęć widocznie stan oka poprawiła. Tłumaczę to wessaniem wypocin zapalnych, obniżeniem ucisku śródocznego. Wiadomo zresztą, że nawet w przypadkach gruźlicy opon mózgowych wcierania sprowadzają znaczne, choć przemijające polepszenie.

Drugi przypadek dotyczył chłopca lat 10 liczącego, który się zgłosił 20 października 1889. Pr. o: V 6/6. Jg. Nr. 1 na 10—45 ctm. Prawidłowe. L. o: Mierne nastrzykanie rzęskowe, wyraźniejsze od wewnątrz, rogówka przy brzegu wewnętrznym lekko zaciemniona. Ciecz wodna czysta, tęczowka nieco ciemniejsza, źrenica węższa. Po zapuszczeniu atropiny okazuje się jedna szeroka przyczepina od wewnątrz. Z wewnętrznego brzegu rzęskowego tęczówki wystaje wyniosłość białawo-żółta, podłużna, 3 mm. długa, 2 szeroka. Wewnętrzną częścią przylega do rogówki, a w tem właśnie miejscu rogówka najbardziéj zaciemniona. Dno oka wziernikiem widoczne. V 6/12. z + 3. Dpt. Jg. Nr. 4 na 23 ctm. Wywiady wzkazują, że chłopiec utracił ojca i matkę na suchoty. Jedynak, nigdy nie chorował, zbudowany dość dobrze, miernie odżywiony, blady. Badanie żadnych zboczeń w ustroju nie wykazuje. Śladów kiły nie ma. Rozpoznanie: prawdopodobnie *tuberculosis iridis*. Atropina i ciepłe okłady. W 10 dni nowotwór daleko większy, żółty, bez naczyń, złożony z małych zrazików, dotyka się tylnéj ściany rogówki, która do połowy się zaciemniła. Źrenica wąska, przyczepiny tylne. Palce liczy na 1 m. W trzy dni późniéj wystąpiły na zewnętrznéj, dotąd zdrowéj połowie tęczówki przy brzegu źrenicznym małe, szaro-żółte wyniosłości. Tylko poczucie światła, T + 1, połowicze bóle głowy. Rozpoznanie już nie

ulegało wątpliwości. Opiekunom oświadczyłem, że sprawa jest gruźliczą, że oko jest stracone i grozi ustrojowi zakażeniem. Byłem za wyłuszczeniem oka. Rodzina postanowiła udać się do Wiednia. Żądają odemnie, aby tylko bóle uśmierzyć i umożebnić podróż choremu, który obecnie bardzo cierpi. Zgodzono się na „małe ukłócie“, a ja wykonałem sklerotomiję od dołu. Przy téj sposobności wyrwałem szczypczykami haczykowatemi nieco z tkaniny nowotworu. Przekonałem się, że nowotwór mocno był osadzony a wydobycie byłoby niemożebne jak Hirschberg i Hoene doświadczyli. W naszym przypadku już z tego powodu iridektomija nie była wskazana, że trzeba było całą tęczówkę wyciąć, a więc częściéj operować, a wreszcie nie ulegało wątpliwości, że nowotwór gruźliczy z ciałkiem rzęskowem w ścisłem pozostaje połączeniu. Po operacyi bóle ustąpiły a ranka w 48 godzin była dobrze zlepiona. Zdecydowano się na wyjazd, założyłem opaskę organtynową. Tymczasem 16 dnia znowu mnie wezwano. Lekarz ordynujący podaje, że leczy chorego od dwóch tygodni i przy pierwszem widzeniu stwierdził gorączkę. Obecnie chory nieprzytomny, objawy gruźliczego zapalenia opon mózgowych najwyraźniejsze. Z ranki operacyjnéj rozdziawionéj wystaje nowotwór wielkości małéj fasoli. Od rogówki wydętéj daje się oddzielić, z twardówką zdaje się ściśle połączony rozrósłszy się pod spojówką. Rogówka w zewnętrznéj części także zaciemniona. Przy ogniskowem oświetleniu widać, że przodkowéj komórki niema, na tęczówce większa ilość najwyraźniejszych gruzełków do tylnéj ściany rogówki przyciśniętych. W tydzień późniéj dziecko zmarło. Wydobyte przy operacyi cząstki nowotworu podzieliłem na trzy części i wszczepiłem królikowi do obu oczu, drugiemu do jednego oka. W ciągu siedmiu tygodni rozwinął się we wszystkich trzech oczach charakterystyczny obraz gruźlicy tęczówkowéj, a w jednem także naciek w miejscu ranki rogówkowéj.

Rozpoznanie w tym przypadku opierało się na dziedzicznéj skłonności, na wykluczeniu kiły, na braku silniejszych objawów zadrażnienia, które cechuje początkową gruźlicę, jak poniżéj wykażę, a wreszcie wejrzenie nowotworu za tem przemawiało. Pewnem stało się rozpoznanie po wystąpieniu większéj ilości gruzełków na tęczówce obok pierwotnego nowotworu. Wątpię, aby w naszych przypadkach wyłuszczenie gałki ocznéj było zapobiegło jeszcze rozwojowi sprawy chorobowéj w oponach mózgowych.

Opierając się na mojem doświadczeniu i zbadawszy ogłoszone dotąd w literaturze okulistycznéj przypadki, sądzę, że anatomicznie można rozróżnić trzy rodzaje gruźlicy tęczówkowéj, z któremi się okulista spotkać może, badając chorego. Pierwszy rodzaj jestto naciek gruźliczy. Na tęczówce ciemniejszéj niż prawidłowa, przekrwionej, wykazującéj objawy zapalenia, jak tylne przyczepiny, zwężenie źrenicy, złogi barwika na torebce soczewkowéj, widać lekkie obrzmienie i zgrubienie pewnéj części tęczówki, która to obrzmiała część bywa co do zabarwienia jaśniejsza. Zgrubienie pochodzi od rozmieszczenia komórek gruźliczych w miąższu tęczówki; w żadnem zaś miejscu nie nagromadza się większa ilość komórek gruźliczych, którаby wytworzyła widoczny gruzełek. Pierwszy z opisanych przezemnie przypadków przedstawiał w czasie, w którym go objąłem w leczenie, obraz nacieku gruźliczego, późniéj pojawiły się gruzełki. Podobny naciek gruźliczy napotykamy także w naczyniówce. Badań anatomicznych dostarczył Poncet (*Gazette Médical* 1875. *Choroidite tuberculeuse*). Hirschberg nazywa ten rodzaj gruźliczego zajęcia naczyniówki „*die tuberculöse Entzündung der Aderhaut*“ (*Centralbl. f. p. A.* 1884 p. 138). Naciek stanowi w tęczówce najczęściéj okres przejściowy. Rozpoznanie mogłoby się tylko opierać na wykluczeniu innych przyczyn zapalenia. Mimo to lekarz znać powinien ten rodzaj gruźliczego zapalenia, gdyż uwzględniając towarzyszące okoliczności, jak niżéj wykażemy, może rozpoznać przyrodę choroby. Podobnie jak w tęczówce, tak samo i w naczyniówce gruźliczego nacieku z wejrzenia wziernikiem rozpoznać nie można, jeżeli obok tegoż nie można gruzełków wykazać (Wecker, Graefe-Saemisch IV, p. 645). Drugi rodzaj rozsiany (*tubercula dissemanita*) przedstawia najwyraźniéj zwykły obraz gruźlicy. Na tęczówce występuje większa ilość gruzełków odosobnionych, przeważnie przy brzegu źreniczym i rzęskowym rozmieszczonych. Posiadają barwę szarą z lekką przymieszką innéj barwy. Autorowie nazywają tę barwę białawą, biało-żółtawą, szaroczerwoną, biało-siną; przy brzegu są przeświecające. Są

półkuliste lub prawie kuliste, a wtedy wystają przed powierzchnię. Zawsze są dobrze odgraniczone i nieunaczynione. Trzeci rodzaj przedstawia większe, niejako zbiorowe gruzełki, powstałe z mniejszych (*conglobierter Tuberkel*). One wykazują skład płatowaty, od ciemniejszéj, bo przekrwionéj tęczówki dobrze odgraniczone, a na powierzchni są czasem mniejsze wyniosłości. Powierzchownie mogą być unaczynione, lecz najczęściéj naczyń nie posiadają. Barwy są żółtéj lub żółto-białéj. Dochodzą czasem do znacznéj objętości. Po przebiciu rogówki przedstawiają w mniejszym lub wyższym stopniu obraz rozpadu i bywają pokryte ropą, pochodzącą z otoczenia. Oprócz tych, rzekłbym typowych obrazów, są rodzaje mięszane. Obok większego gruzełka w odosobnieniu bywa większa ilość mniejszych. Na tęczówce, naprzód tylko gruźliczo naciekłéj, pojawia się większa ilość gruzełków. Budowa anatomiczna gruzełków jest powszechnie znana. Co się zaś tyczy prątków gruźliczych, to tu wspomnieć muszę, że we wielu przypadkach, w których budowa anatomiczna żadnéj nie pozostawiała wątpliwości co do przyrody gruźliczéj nowotworów, prątków wykazać nie było można. Dr. Hill Griffith na dziesięć dokładnie zbadanych przypadków tylko cztery razy mógł wykazać prątki gruźlicze (*Centralbl. f. p. A.* 1889, 389). Również z ujemnym wynikiem badali Hirschberg (*Tubercul. Geschwulst der Iris. Deutsch. med. Woch.* 1889, 23), Hoene (*Księga jubileuszowa* 1884 p. 315) i inni. W gruzełkach tęczówki w ogóle tylko małą ilość prątków napotykamy, a czasem nawet w takich przypadkach, w których ze skutkiem przeszczepiono gruźlicę, prątków wykazać było niemożna (*Leidholdt Centralbl. f. p. A.* 1890 p. 277).

Kliniczny przebieg obrazu chorobowego cechuje przedewszystkiem w okresach początkowych bardzo mierne zadrażnienie i bezbolesność. Światłowstręt bywa mierny, powieki blade, oko lekko przymknięte. Już w opisie Jacobsona (*Arch. f. Ophthal.* XIX. 1) ta okoliczność wpada w oko. Oko chore robi wrażenie, jakby kokainą zapuszczone, zmiany anatomiczne dość znaczne a zadrażnienie mierne.

Prawie w każdym opisie wyczytać można, że zmiany anatomiczne, na pierwszy rzut oka widoczne, spodziewaćby się kazały cięższych objawów zadrażnienia. Choroba tedy przebiega jak lekkie i łagodne zapalenie tęczówki, obok którego pojawiają się rozsiane gruzełki albo większy nowotwór gruźliczy. Rogówka przytem najczęściéj bywa zaciemniona, najbardziéj w miejscu, które przylega do głównie zajętéj i chorobowo zmienionéj części tęczówki. Pewną odmianę widzimy z wystąpieniem podwyższonego ucisku śródocznego, który jest przemijającym. Im chory starszy, tem łatwiéj przychodzi do wygórowanego ucisku śródocznego. Ponieważ atoli gruźlica tęczówki przeważnie w dziecięcym wieku się pojawia, przeto ucisk śródoczny skutkiem podatności i przenikliwości błon ocznych do wysokiego nie dochodzi stopnia. Schapringer przecież spostrzegał podwyższenie ucisku śródocznego nawet u pięciomiesięcznego dziecka (*Wis. Zusammenk. deutsch. Aerzte in New York* 1888). Ze stwardnieniem oka występują połowicze bóle głowy, czoła i skroni, a w rogówce znaczniejsze zaciemnienia. Objawy te ustępują, jeżeli napięcie oka wróci do stanu prawidłowego, co się także bez pomocy lekarskiéj zdarza. Wielka ilość gruzełków daje powód do wystąpienia silniejszego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego. Teraz już bóle są znaczne, nieustające i mogą wskazać wyłuszczenie oka. Jeżeli zaś jeden gruzełek, powiększając się, dotyka rogówki i sprowadzi jéj przebicie, wtedy zmienia się obraz kliniczny. Na oku widać przebity wrzód rogówkowy z większem lub mniejszem wzdęciem rogówki, z naciekami w niéj, z bujaniem z dna wrzodu lub rozpadem. Hirschberg opisał przypadek, w którym przebicie nowotworu gruźliczego przez rogówkę nastąpiło w dziewiątym tygodniu (*Virchows Arch.* t. 60). Po przebiciu rogówki łatwoby można nie rozpoznać gruźliczéj przyrody choroby, gdyż miejsce przebite przedstawia obraz zakaźnych, rozpadających się wrzodów rogówkowych z opadnięciem tęczówki. Czasem przebieg jest powolny i trwa przez miesiące, w innych przypadkach sprawa przebiega dość szybko. Z pojawieniem się ciężkich objawów chorobowych w innych na-

rządach ustroju, które tak często występują u gruźliczych, usuwają się chorzy z pod obserwacyi okulistów. Śmierć zresztą w którymkolwiek z tych okresów przerywa dalszy rozwój choroby. Z 25 przypadków, które z literatury dotyczącéj zestawiłem, a w których rodzaj zejścia był podany, 11 razy śmierć nastąpiła skutkiem gruźliczego zapalenia opon mózgowych.

Rozpoznanie choroby jest łatwe, jeżeli są widoczne gruzełki rozsiane lub obok większego nowotworu gruźliczego widać także małe. W okresie, w którym gruzełków jeszcze nie widać, rozpoznanie jest bardzo trudne. W takich razach na uwadze mieć trzeba skłonność w rodzinie do suchot, ogólny stan zdrowia, wiek, wykluczyć daléj trzeba inne przyczyny zapalenia tęczówki, zważać zresztą, czy zmianom anatomicznym odpowiada zadrażnienie silne, czy oko jest mało zadrażnione, jak bywa w przypadkach gruźlicy tęczówkowéj. Teoretycznie rzecz biorąc, trzebaby wykazać prątki gruźlicze lub przeszczepić ze skutkiem wydobytą z oka tkaninę na tęczówkę królika. Tak np. Knies twierdzi, że w razie nieobecności gruzełków rozpoznać można chorobę jedynie za pomocą przeszczepienia (Knies, *Grundriss der Augenheilkunde* 1890, p. 245). Wymaga to jednak operacyi, która połączona jest, jak doświadczenie poucza, z krwotokami, często z pogorszeniem stanu oka i bujaniem nowotworu na zewnątrz, jak w drugim z moich przypadków. To samo widzieli Alexander (*Centralbl. f. p. A.* 1884), Hoene (j. w.) Schneller, Hirschberg i inni. Co do mnie, najniechętniéj doradzałbym operacyi niejako próbnéj, którą się ma wykonać celem rozpoznania choroby. Sądzę, że uwzględniając wszystkie towarzyszące chorobie oznaki, można dojść do przekonania, czy się ma do czynienia z gruźlicą, czy też nie. W wątpliwych przypadkach często następujące wskazówki mogą wątpliwość usunąć. W przypadkach gruźlicy tęczówkowéj bardzo wcześnie spostrzegamy zaciemnienie rogówki. Zaciemnienia występują w kształcie kropek i plamek okrągłych, osadzonych na tylnéj ścianie rogówki. Późniéj głębsze warstwy rogówkowe zaciemniają się,

a wreszcie powierzchnia rogówki bywa jakby pokłóta. Ciecz wodna jest prawie czysta. Zadrażnienie, jak już wspomniałem, jest mierne. W przypadkach niegruźliczego zapalenia tęczówko-rogówkowego objawy zadrażnienia i światłowstrętu bywają znaczne, a ciecz wodna mętna.

Gruźlicę tęczówki napotykamy w wieku dziecięcym do 8-go roku. Rzadziéj pomiędzy rokiem 8 a 20. Wyjątkowo zdarzają się także przypadki u starszych. Najmłodsze dzieci, u których spostrzegano gruźlicę tęczówki, miały 4 miesiące. Przypadki takie opisali Hirschberg (j. w.) i Griffith (*Primary tuberculosis of iris)*. Tenże zebrał aż 32 przypadków z literatury angielskiéj. Najstarszy z jego chorych miał lat 51. Przypadki, które opisali Jacobson, Haensell-Leber, Falchi, Rüter, Deutschmann, Fuchs, Schapringer, Schneller, Brayley, Treitel, Laquer, Hirschberg, Alexander i Feuer, dotyczą dzieci. W przypadku Hoenego miał chory lat 22, pierwszy z opisanych w ogóle przypadków dotyczył chorego, który miał lat 21 (Gradenigo). Gruźlica tęczówki jest, jak wyżéj wspomniałem, rzadką chorobą. Hirschberg podaje (*Centralbl. f. p. A.* 1889, p. 340), że na 60.000 chorych spostrzegał 6 przypadków, moje dwa przypadki odnoszą się do 15.000 chorych.

Leczenie. W literaturze napotykamy spostrzeżenia, z którychby wnosić było można, że gruźlica oka w niektórych przypadkach jest uleczną. A. Trousseau (*Arch. d'ophtalmologie* 1889. *Lupus et tuberculose oculaires)* wszczepiał w oczy królików tkaninę z wilka (*lupus*). W tęczówce pojawił się nowotwór gruźliczy, który zwolna po jakimś czasie znikł bez śladu. Ogólne zakażenie nie nastąpiło. Trousseau wnosi, że gruźlica oka do pewnego stopnia i w pewnych zapewne rzadkich przypadkach jest uleczna. Schneller (*Ein Fall geheilter Iristuberculose* 1888) opisał przypadek gruźlicy tęczówkowéj, wyleczony wcieraniami szaruchy i jodkiem potasu. Rozpoznanie opierało się na wykazaniu prątków gruźliczych. Pomimo tych spostrzeżeń zapatrywać się trzeba na oko dotknięte gruźlicą, — jeżeli zresztą ustrój

jest niezajęty, — jak na ognisko chorobowe, z którego zakażenie przejść może do innych narządów ustroju. Wskazane tedy jest wydalenie choréj części drogą operacyjną, jeżeli doszczętne usunięcie zajętéj gruźlicą tkaniny jest możebne. T. Treitel (*Berl. klin. Wochschrft* 1885, Nr. 28) opisał przypadek, w którym wprawdzie trzy razy trzeba było wycinać tęczówkę, lecz oko ocalono. Wydobycie zajętéj części jest często bardzo trudne, tęczówka bywa przyrośnięta do torebki soczewkowéj, rwie się, a krwotoki zalewają pole operacyjne (Alexander *Centrbl. f. p. A.* 1884). W wielu przypadkach trudno rozpoznać, czy ciałko rzęskowe nie jest zajęte. Jeżeli iridektomija jest niewystarczającą, wtedy wskazane być może wyłuszczenie oka. R. Deutschmann wyłuszczył gałkę u 5 letniego chłopca, który jeszcze sześć lat żył (*klin. ophtal. Miscellen.* Leber-Deutschmann 1881 XVI). Griffith opisuje dwa przypadki śmierci po wyłuszczeniu gałki ocznéj z powodu zapalenia gruźliczego opon mózgowych (j. w.), to samo stwierdzają Thompson i Hirschberg (*Maren. Beiträge zur Lehre von der Augentuberculose.* Berlin 1884). Mojem zdaniem wyłuszczenie oka wykonać można tam, gdzie wzrok już w wysokim stopniu ucierpiał, lub gdzie oko jest bardzo bolesne. Wyłuszczyć zaś gałkę należy, jeżeli z pewnem prawdopodobieństwem orzec można, że gruźlica tęczówki jest pierwotna i że inne narządy ustroju są jeszcze zdrowe. Jeżeli jest podejrzenie, że już inne narządy są zajęte, tedy należy wyczekująco się zachować. Z leków, które zalecono jako skuteczne, wymienić jeszcze muszę jodoform, podany wewnętrznie w dawkach 0·4 dziennie, co Panas zaleca (*Progr. méd.* 1889, Nr. 46).

Tuberkulina Kocha, jak już wspomniałem, mogłaby w wielu przypadkach jako środek, który w ogóle działa na tkaninę przez gruźlicę zajętą, ułatwić rozpoznanie. Jeżeli lek ten w przyszłości mieć będzie praktyczne zastosowanie w leczeniu gruźlicy, to właśnie w przypadkach gruźlicy tęczówki możnaby się spodziewać dobrych wyników, tem bardziéj, że tęczówka jest widoczna i operacyjom przystę-

pna. Zdaje mi się, że w ogóle dla zrozumienia działania tego leku ważne będą spostrzeżenia, dotyczące zachowania się gruzełków tęczówkowych po wstrzyknięciu. Obecnie mam w leczeniu dziesięcioletniego chłopca, podejrzanego o gruźlicę tęczówki; byłby to trzeci przezemnie spostrzegany przypadek. W obec spostrzeżeń Browicza i Virchowa zawahałem się w doradzaniu stosowania tuberkuliny i nie nalegałem na rodzinę, która i tak się sprzeciwia użyciu tego leku. Dotąd, o ile stwierdzić mogłem, tylko Watson Cheyne zastosował tuberkulinę w przypadku gruźlicy tęczówki. Dziewczynka dziewięcioletnia po trzeciem wstrzyknięciu pomimo 40° C. ciepłoty miejscowo na lek nie oddziaływała. Dopiero po czwartem wstrzyknięciu wystąpiły zmiany miejscowe w oku, które można było dokładnie spostrzegać. Sprawę z téj pracy podam na innem miejscu.

Wreszcie wspomnieć muszę, że w piśmiennictwie okulistycznem polskiem dotąd przypadek gruźlicy tęczówkowéj tylko Hoene opisał. Przypadek ten spostrzegał także T lko, a badanie anatomiczne wykonał Wiegand.



Osobne odbicie z „Przeglądu Lekarskiego“ 1891. Nr. 11 i 12.

Kraków, 1891. — Drukarnia Uniw. Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.


B J
C